

國立中山大學各系、所、學程辦理招生考試(面試)防疫健康關懷問卷

您好，為因應「嚴重特殊傳染性肺炎」疫情，請協助填寫下列資料，並詳細閱讀注意事項：

一、個資蒐集告知聲明事項：本校係依相關醫療及防疫法令，基於公衛或傳染病防治及其他法定義務之目的蒐集、處理、利用您的個人資料，您可依個人資料保護法第三條規定行使相關權利；本校將依個人資料保護法就您的個人資料進行妥善保護，本表將由本校保存28天後進行銷毀。

二、當您勾選「同意」時，即表示您已閱讀過以上內容，且願意配合防護措施及個人資料之提供。

同意 不同意

身份類別：參加面試考生

試務人員及面試委員

身心障礙、重大傷病或突發傷病考生陪考親友

姓名		身分 證號		應考證 號碼	
報考系所	考試名稱： 報考系、所、學程：			聯絡電話 (手機)	
試務人員、面試及閱卷委員請填所屬系所					

問卷內容：

健康 聲明 事項	<p>1.最近14天內，您是否有出入境史？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是，請羅列出入境日期：_____地點：_____</p> <p>2.最近14天內，您是否出現以下症狀？(可複選) <input type="checkbox"/>發燒(額溫$\geq 37.5^{\circ}\text{C}$或耳溫$\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/>咳嗽 <input type="checkbox"/>喉嚨痛 <input type="checkbox"/>呼吸道窘迫症狀(呼吸急促、呼吸困難) <input type="checkbox"/>流鼻水 <input type="checkbox"/>肌肉痠痛 <input type="checkbox"/>關節痠痛 <input type="checkbox"/>四肢無力 <input type="checkbox"/>味覺失調或消失 <input type="checkbox"/>嗅覺失調或消失 <input type="checkbox"/>腹瀉(一天內有腹瀉三次以上) <input type="checkbox"/>無以上任一症狀 <input type="checkbox"/>其他：_____</p> <p>3.您是否因嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，武漢肺炎)，被衛生主管機構列為防疫管制追蹤對象？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>4.您或您的同住親友是否曾與嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，武漢肺炎)確診病例有接觸？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>5.最近14天內是否有接觸家人、親友自國外返台？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>6.請問您是否有收到「和武漢肺炎確診個案同時位於同一地點」之疫情警示簡訊？ <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是</p> <p>7.最近14天，您是否到過風景遊樂區(或夜市、商圈等人潮聚集地)？(請詳列) <input type="checkbox"/>否 <input type="checkbox"/>是；日期：_____景點：_____</p>
----------------	---

簽名：_____ 填寫日期：_____

★填妥後請繳交至各所屬系、所、學程★